FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Henri VILLENEUVE

DOCTEUR EN MÉDECINE

DE LA MALADIE DE BASEDOW

Cuique suum.

PARIS

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE JULES BOYER ET Cie

11, RUE NEUVE-SAINT-AUGUSTIN, 11

1876

Oct 13. 1891.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

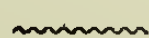
POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Henri VILLENEUVE
DOCTEUR EN MÉDECINE



DE LA MALADIE DE BASEDOW

Cuique suum.



PARIS
IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE JULES BOYER ET Cie
11, RUE NEUVE-SAINT-AUGUSTIN, 11

1876

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. VULPIAN.

Professeurs :

Anatomie . . . . MM.	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et Thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD. POTAIN.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRELAT.
Anatomie pathologique	VULPIAN.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LEFORT.
Pharmacologie	REGNAULT.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale	BOUILLAUD.
Clinique médicale	N... SÉE (G.). LASÈGUE. HARDY.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Agrégés en exercice :

MM. BAILLY.	MM. CRUVEILHER.	MM. GARIEL.	MM. OLLIVIER.
BALL.	DAMASCHINO.	GUENIOT.	PAUL.
BLACHEL.	DUBREUIL.	ISAMBERT.	PERIER.
BOCQUILLON.	DUPLAY.	LANNELONGUE.	PETER.
BOUCHARD.	GRIMAUX.	LÉCORCHÉ.	POLAILLON.
BROUARDEL.	GAUTIER.	LE DENTU.	PROUST.
			TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires :

Cours clinique des maladies de la peau	N...
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	N...
— de l'ophthalmologie	N...
Chef des travaux économiques	MARC SÉE.

Examinateurs de la Thèse :

M. SÉE (G.), *Président;* — , *Secrétaire.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE, M. PRADEU

A MES FRÈRES PAUL ET ÉMILE

A MON AMI POËY, LICENCIÉ ÈS LETTRES

SOUVENIR

A MES MAITRES

M. GERMAIN SÉE

PROFESSEUR DE CLINIQUE A L'HOTEL-DIEU

M. LÉON LEFORT

PROFESSEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE, CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BEAUJON

M. RIGAL

AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE

DE LA

MALADIE DE BASEDOW

AVANT-PROPOS

Le sujet, que nous allons essayer de traiter, n'est pas nouveau. Des notes et des observations nombreuses ont été publiées ; de savantes monographies ont été écrites ; de mémorables discussions ont eu lieu. Nous avons lu avec attention tous ces travaux, et nous avons été frappés des variations qu'on rencontre chez les auteurs sur différents points. On s'est trop pressé de tirer des conclusions de certaines lésions anatomo-pathologiques ; on n'a pas assez tenu compte des leçons de la physiologie expérimentale ; les cliniciens n'ont pas tous observé de la même manière. C'est à rétablir l'accord de ces différentes sciences que nous allons travailler. Nous n'avons pas la prétention d'y réussir ; il y aura beaucoup de lacunes dans notre essai, et pas assez de faits pour justifier notre manière de voir. Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas hésité, persuadé de trouver la bienveillance que comporte la difficulté du sujet et l'infériorité de nos forces.

HISTORIQUE

Cette partie a été longuement traitée dans des travaux antérieurs ; aussi serons-nous très-bref.

Les ophthalmologistes ont vu les premiers cas de la maladie de Basedow : le phénomène le plus frappant, la saillie des yeux, devait

2

naturellement porter les malades à recourir aux soins de ces spécialistes. C'est au XVIIIe siècle que nous la trouvons signalée dans leurs ouvrages.

En France, Saint-Yves en cite trois cas, qui diffèrent par leurs symptômes (*Nouveau traité des maladies des yeux*, 1722). — Demours, en 1821, posa le diagnostic et les bases du traitement au point de vue spécial (*Précis historique et pratique de la maladie des yeux*).

En Italie, Flajoni (1800) et Testa (1811) en donnent quelques vagues indications.

En Allemagne, Brück (1835) et Pauli (1837) l'ont aussi signalée. — Plus tard, de Graëfe, l'éminent ophthalmologiste, l'étudia sérieusement, et, grâce à sa réputation, il en a réuni plus de 200 cas (*Arch. für Ophthalm.* 1857).

La maladie de Basedow présente un autre symptôme, considéré comme étant du ressort de la chirurgie ; aussi n'est-il pas étonnant que les chirurgiens en aient vu des cas. La plupart d'entre eux n'y ont constaté que le goître. Parry le décrit avec troubles du côté du cœur (1825).

Les médecins l'ont aussi connue par ses troubles cardiaques. Un des meilleurs observateurs a été l'Irlandais Stokes, à qui nous devons un excellent traité des maladies du cœur (Dublin, 1854), il a signalé les palpitations accompagnées d'exophthalmos et de thyroïdite.

En Allemagne, un médecin de campagne de la Silésie, Basedow publiait en 1840 quatre observations qui sont une véritable description de la maladie : aussi pensons-nous que c'est à tort qu'on l'a appelée maladie de Graves. Cet honneur doit revenir à celui qui l'a si bien observée le premier, et à ce titre, elle mérite le nom de maladie de Basedow.

En France, c'est M. Charcot qui l'a étudiée le premier dans un mémoire à la Société de biologie en 1856. — Depuis, il y a eu de nombreux travaux : le mémoire d'Aran, en 1861, la discussion à l'Académie, à laquelle prirent part, MM. Trousseau, Piorry, Bouillaud, Beau, etc. Des observations remarquables ont été publiées, entre autres, celle de MM. Fournier et Ollivier, en 1867. Enfin le mémoire

à l'Académie de M. Benibarde, l'auteur d'un excellent *Traité d'hydrothérapie* (1874) mérite d'être consulté.

DÉFINITION

La maladie de Basedow est une affection cardiaque, caractérisée par des palpitations fréquentes et continues, qui s'accompagnent d'exophthalmie ou de tuméfaction de la glande thyroïde, et, dans la grande majorité des cas, de ces deux phénomènes.

SYNONYMIE

La maladie de Basedow a reçu, selon la manière dont elle a été envisagée, différentes dénominations : Maladie de Graves, goître exophthalmique, cachexie exophtalmique, cachexie anémique, etc. Toutes doivent être rejetées : cela ressortira de notre étude.

ÉTIOLOGIE

On est peu fixé sur les causes de cette affection. Toutefois, nous pouvons affirmer, d'après les statistiques actuelles, qu'elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et dans une proportion de 6 contre 1.

C'est une maladie de la jeunesse et de l'âge adulte ; rare avant quatorze ans, elle arrive surtout après vingt-cinq ans, et se rencontre jusqu'à l'âge de soixante et même de soixante-cinq ans. L'homme est plus fréquemment atteint après trente ans.

Elle a été très-souvent signalée en Allemagne et dans la Grande-Bretagne. On la dit peu commune en France, mais nous croyons que c'est à tort, parce qu'elle a été généralement méconnue, toutes les fois qu'elle se réduit à l'affection cardiaque.

L'hérédité a aussi été invoquée (Mackensie).

La fréquence de la maladie chez la femme avait fait penser aux troubles de la menstruation : on les voit souvent, en effet, à une époque avancée ; la dysmenorrhée peut expliquer des congestions momentanées et non permanentes du côté de l'œil et de la glande thyroïde. Cette cause ne pourrait se trouver que chez la femme. D'ailleurs la maladie de Basedow peut survenir avant la puberté et se continuer jusqu'à soixante ans, alors qu'il n'y a plus de menstrues.

L'irritabilité du système nerveux et l'hystérie ne sauraient être admises. L'homme est généralement à l'abri de cette névrose, et l'affection se rencontre chez des personnes d'un tempérament sanguin et nullement nerveux.

Les partisans de la chlorose ou de l'anémie se divisent en deux camps : Les uns (Corlieu, Gros, etc.) en ont fait le point de départ. Les autres (Bouillaud, Beau) n'y voyaient qu'une forme de cette altération. Leurs manières de voir ne sont pas soutenables : les préparations ferrugineuses sont inefficaces ; les souffles cardiaques et vasculaires ne sont pas toujours anémiques ; enfin la maladie de Basedow se voit chez des personnes évidemment pléthoriques. (Quatre observations de M. Teissier, de Lyon.)

L'onanisme a été un moment défendu.

Certaines circonstances paraissent avoir une grande influence : Les contrariétés très-vives, les émotions morales et physiques ont quelquelquefois déterminé, et souvent aggravé les palpitations et les autres phénomènes de la maladie.

Begbie et de Graëfe citent deux cas où le traumatisme céphalique aurait été la cause déterminante.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On trouve des lésions du côté du cœur. Les médecins qui les ont étudiées sont d'accord. Stokes (1) dit qu'elles consistent dans la dilatation et l'hypertrophie du cœur.

---

(1) *Traité des maladies du cœur*, de Stokes, traduit par Sénac.

M. Charcot s'exprime ainsi : « Dans la plupart des autopsies, le cœur a été trouvé volumineux, les parois des ventricules étaient, tantôt d'une épaisseur à peu près normale, tantôt, mais plus rarement, très-fortement hypertrophiées. Le tissu musculaire était souvent flasque et ramolli, parfois étouffé par des accumulations graisseuses. Les cavités ventriculaires étaient habituellement distendues, quelquefois elles l'étaient à un haut degré ; le plus souvent les valvules auriculo-ventriculaires ou sigmoïdes étaient tout à fait saines et parfaitement suffisantes, l'endocarde ne présentait pas d'altération. Il semblerait, d'après cela, qu'une augmentation du volume du cœur avec dilatation des cavités ventriculaires, le plus souvent sans altération véritable des valvules, doit être considérée comme un caractère indispensable de la maladie. »

M. Jaccoud (1) dit : « Le cœur est normal, ou bien il est atteint de dilatation simple, ou de dilatation avec hypertrophie, ou bien de lésions valvulaires. »

L'étude de nécropsies plus récentes nous a conduit aux mêmes conclusions.

Du côté des artères, et parfois aussi des veines du cou et de la tête, on a constaté de la dilatation. Dans les corps thyroïde, outre cette ectasie, on y a rencontré de l'hyperplasie du tissu glandulaire, tantôt dans l'un des lobes, tantôt dans les deux (Traube, Péter et Trousseau, Begbie, Hirsh, etc.); quelquefois, mais plus rarement, des formations colloïdes et gélatineuses, ou de consistance gélatineuse; des foyers hémorrhagiques (Naumann); des kystes hydatiques (Basedow).

L'œil et les cavités orbitaires nous présentent des altérations analogues : des dilatations des branches de l'artère ophthalmique et des veines, des hyperplasies du tissu graisseux de l'orbite, avec ou sans infiltration séreuse. Naumann a constaté la dégénérescence athéromateuse de l'artère ophthalmique ; Laqueur et Runge, la dégénérescence

(1) *Traité de Pathologie interne.*

graisseuse des muscles de l'œil; mais ces lésions ne se rapportent nullement à la maladie de Basedow.

Telles sont les altérations constantes que l'anatomie pathologique nous fournit.

Des recherches minutieuses ont été faites du côté du grand sympathique. Ceux qui ont cru trouver dans ce nerf le siége de l'affection ont cité les plus petites lésions : des foyers de ramollissement à la base des lobes antérieurs, dans les lobes optiques, les corps mamillaires et le cervelet, de l'embolie, des adhérences du canal central de la moelle et des hyperplasies de la névroglie (Wirchow), — de la tuméfaction et de l'épaisissement interstitiel du sympathique cervical (Wirchow), — de l'augmentation du tissu conjonctif, et de la diminution des cellules du cordon cervical (Peter et Trousseau), — l'atrophie du sympathique (Birmer). Ces altérations sont variées, contradictoires entre elles, et manquent de précision. Ce sont de pures curiosités.

D'autres observateurs ont examiné le sympathique avec non moins d'attention, et déclarent n'avoir rien trouvé. Nous citerons, parce qu'il fait autorité, le cas publié par MM. Fournier et Ollivier (1).

L'on s'attendait à trouver des lésions, l'autopsie fut faite avec toutes es garanties d'exactitude :

« .... Grand sympathique : aucune lésion appréciable à l'œil nu, « ni dans les cordons, ni dans les ganglions. Les cordons de ce nerf « furent examinés par le D[r] Ranvier (non-seulement ceux du cou, « mais ceux du thorax et de l'abdomen). Ils étaient constitués, comme « à l'état normal, par des tubes sans moelle, parsemés de noyaux « à direction longitudinale et par quelques tubes contenant de la myé- « line.

« Le tissu connectif qui reliait ces tubes n'est pas épaissi. L'exa- « men porta également sur les ganglions cervicaux, thoraciques et « semi-lunaires. Les cellules ganglionnaires renfermaient chacune un « seul noyau, autour duquel il existait, comme à l'état normal, un

(1) *Union Médicale*, 1868.

« amas plus ou moins considérable de granulations brunes. Le tissu « conjonctif et les tubes nerveux sans moelle (fibres de Remak), qui « occupent les espaces laissés, entre les cellules, ne paraissent avoir « laissé aucune altération pathologique. »

Des observations ultérieures aussi bien prises confirmeront, sans doute, cet examen microscopique et dès lors la théorie de la névrose sympathique sera complétement ruinée.

SYMPTOMATOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

La maladie de Basedow se présente, en général, avec la triade symptomatique ; les palpitations, la tumeur thyroïdienne et l'exophthalmie.

L'un de ces deux derniers phénomènes peut manquer quelquefois.

Enfin elle peut être réduite à l'affection cardiaque.

Les palpitations sont donc toujours constantes et initiales, elles sont le caractère pathognomonique de la maladie, elles traduisent une excitation considérable du cœur. Continues et fortes à l'état normal, elles deviennent exagérées sous l'influence des moindres causes : mouvements, émotions, fatigues, et quelquefois même pendant le repos au lit ; elles amènent bientôt de la voussure du thorax, et le choc du cœur s'entend quelquefois à distance. Dans ces moments de redoublement, elles ressemblent à celles qui ont lieu dans une thrombose intra-cardiaque. — Le nombre de battements du cœur est le plus souvent 120 et 140 ; on les a vus s'élever jusqu'à 200 et même devenir incalculables.

L'arythmie des bruits et des mouvements du cœur s'observe dans les lésions organiques de cet organe ; elle est un signe de gravité toutes les fois qu'on la constate. Il n'est donc pas étonnant qu'on la trouve dans la maladie de Basedow avec lésions valvulaires.

L'arythmie est niée par la plupart des auteurs, quand il s'agit des troubles fonctionnels de l'organe. Cependant elle a été notée par un grand observateur, de Graëfe, et il ajoute qu'on trouve ce signe plus

fréquemment chez les hommes que chez les femmes, et que ceux qui en sont atteints le sont plus gravement que les autres. Nous avons entendu notre maître, M. le professeur G. Sée, dans ses cliniques affirmer le même fait. Toutes les fois qu'on le constate, on remarque que les intervalles des contractions cardiaques sont inégaux, et parfois elles sont si faibles qu'il n'y a pas de pulsation radiale correspondante. On a compté quelquefois six à huit pulsations de moins que de battements du cœur.

La dyspnée, les accès de suffocation, autres signes des maladies du cœur, ont aussi été observées.

A la percussion on a trouvé quelquefois le cœur avec sa matité normale, mais le plus souvent elle a révélé une augmentation de volume de l'organe, c'est-à-dire l'hypertrophie ou la dilatation, mais, dans la majorité des cas, c'est la première qui existait. Dans les moments de paroxysme de la maladie de Basedow, cette matité anormale augmente d'étendue ; dans les remissions, elle diminue, on l'a même vue disparaître dans les cas de guérison (Romberg, Aran).

L'hypertrophie du goître exophthalmique a reçu diverses interprétations. Trousseau soutient qu'elle ne constitue pas un état morbide ; il la rapproche de celle des femmes enceintes, qui disparaît après l'accouchement, et il l'appelle également physiologique. Cette manière de voir ne saurait être acceptée. L'hypertrophie se produit lorsqu'il y a un obstacle à vaincre ; dans les grossesses, dans la maladie de Bright, il faut combattre l'augmentation de pression ; c'est là sa raison d'être, elle est pathologique. D'ailleurs on ne la trouve pas dans toutes les grossesses. Dans la maladie de Basedow, il n'y a pas d'obstacle, mais une augmentation fonctionnelle du cœur qui l'amène. M. Bouillaud l'a comparée à celle des chlorotiques, dont M. Beau a rapporté quelques exemples. Le goître exophthalmique n'est d'ailleurs pour lui qu'une forme de l'anémie. L'assimilation ne saurait être continuée, nous avons dit pourquoi à l'article Étiologie. Enfin M. Charcot y voit un phénomène de seconde date et non le point de départ des troubles de l'organe central de la circulation. Cette opinion pourrait être soutenue dans les cas où il y a des lésions

organiques ; mais, dans la majorité des cas, il n'y a que des troubles fonctionnels, des palpitations. Nous ne connaissons pas d'exemple d'hypertrophie produit par ces dernières ; on ne peut pas même en concevoir ; le cœur bat plus vite, mais son énergie n'a pas changé. Il semble, au contraire, que le cœur ayant à produire le même travail en plusieurs fois, doit dépenser moins de force à chaque contraction. Elle n'est donc pas l'effet des palpitations.

L'hypertrophie est le plus souvent primitive, elle n'est consécutive que dans les lésions organiques, soit valvulaires, soit du tissu cardiaque. Au fur et à mesure que l'individu guérit, elle disparaît. Dans le cas où la maladie s'aggrave, elle devient aussi plus considérable.

A l'ausculation, on entend des souffles, qui occupent tantôt le foyer des bruits ventriculaires, tantôt celui des bruits artériels. Les souffles systoliques, qui ont la première localisation, sont reconnus par tous les auteurs. Ils sont ordinairement l'indice d'une lésion organique ; rétrécissement mitral ou insuffisance auriculo-ventriculaire, et dans ces cas ils sont permanents. Dans la maladie de Basedow, on les voit disparaître lorsqu'elle guérit, ce qui montre que ces souffles peuvent être d'une origine fonctionnelle. — Les souffles systoliques de la base sont les plus fréquents ; ils peuvent signifier qu'il y a un rétrécissement aortique, mais, en général, on est tout disposé à les attribuer à l'anémie, et l'on ne tient pas assez compte des autres symptômes que fournit l'examen du cœur. — Les souffles diastoliques de la base ont été passés sous silence par les auteurs; il est cependant incontestable qu'ils existent. Leur signification est très-nette.

A la palpation, lorsque le cœur a une grande énergie, on perçoit un frémissement dans la région cardiaque.

Enfin ces malades peuvent présenter des accès d'angine de poitrine, ou d'asthme, comme dans les affections du cœur.

L'ensemble des faits que nous venons d'étudier nous autorise à conclure que la maladie de Basedow est caractérisée par une affection cardiaque. Dans les cas où l'autopsie n'a pas confirmé la lésion du cœur, ce résultat ne doit pas nous arrêter, car des observations

nous ont appris qu'elle pouvait disparaître avec la guérison ou l'amélioration. On a soutenu que l'affection cardiaque pouvait manquer. M. Benibarde cite 2 cas sur 40, où il ne l'aurait pas trouvée. Aucune conclusion, contraire à la thèse que nous soutenons, ne saurait en être tirée : Ces malades étaient guéris ou en bonne voie ; en général les médecins ne renvoient pas des cardiaques dans les établissements d'hydrothérapie : le goître et l'exopthalmie persistent quelquefois en partie à cause des hyperplasies que l'anatomie pathologique nous a montrées,

En définitive, nous concluons que :

1o Il y a toujours une affection cardiaque;

2o Il y en a de deux espèces : les unes, avec lésions organiques et les autres avec troubles fonctionnels de l'organe.

D'autres parties du système circulatoire sont aussi atteintes. Au cou, à la tête, au thorax, les grosses artères ont des pulsations énormes, visibles à l'œil nu; et l'ausculation y révèle des bruits de souffle considérables. Les vaisseaux battent et frémissent comme dans l'insuffisance aortique, et les grandes et rapides ondées sanguines qui y arrivent, eugendrent des bruits de souffle forts et éclatants. Les grosses veines du cou sont parfois dilatées et proéminentes, il y a une véritable stase, et, dans quelques cas, on a senti le pouls veineux, phénomène qu'on ne voit que dans les maladies organiques du cœur. M. Friedreich, cite deux cas de ce genre. — Dans la majorité des cas, les artères éloignées du centre, celles des membres, restent à l'état normal; elles ne se dilatent pas comme on le voit, dans la maladie de Corrigan. — Le pouls radial est petit et fréquent : on compte ordinairement 100, 120, 140 pulsations et plus. Il contraste avec le pouls carotidien qui est très-développé (Stokes, Trousseau). Quelques observations montrent que tout le système artériel peut être atteint jusqu'à la périphérie.

Le gonflement de la glande thyroïde est le second phénomène frappant de la maladie de Basedow : Il précède, accompagne ou suit l'exophthalmie, il fait même quelquefois défaut. Il se montre après un temps variable. Il porte ordinairement sur un lobe, plus rarement

sur les deux, et prédomine plus souvent sur le droit. Il produit communément la gêne de la respiration, surtout dans le décubitus dorsal, ainsi que l'altération de la voix : alors elle est faible et rauque. Dans l'énorme majorité des cas, il n'atteint pas la grosseur des goîtres ordinaires, et il n'est pas bosselé. A la palpation, il présente une consistance demi-molle, comme élastique. Le symptôme le plus caractéristique de ce goître est dans le développement des vaisseaux thyroïdiens ; on y perçoit des battements, du frémissement et des bruits de souffle, autant de signes qu'on rencontre dans le goître anévrysmatique, mais ce dernier n'arrive jamais subitement et ne disparaît pas spontanément, tandis que la tumeur thyroïdienne subit toutes les phases de l'affection cardiaque. — Les veines thyroïdiennes sont quelquefois dilatées, la peau paraît alors plus tendue, plus amincie, et elle dessine des cordons bleuâtres.

L'explication de la tumeur thyroïdienne et de ses variations est facile : ce sont les hyperplasies, les hypertrophies; quelquefois aussi les produits cartilagineux ou gélatineux, plus souvent la dilatation qui la constitue; quand ces premières lésions existent, le goître ne rétrocède jamais complétement. Ces hyperplasies sont la conséquence de la dilatation, et on a expliqué cette dernière par la paralysie des vaso-moteurs, ce qui est une erreur; les expériences physiologiques montrent que la section du sympathique, tout en produisant l'ectasie, n'a jamais amené le moindre changement anatomique. La cause première de la tumeur est toute mécanique, elle est dans l'affection cardiaque.

Le troisième phénomène de l'exophthalmie arrive ordinairement à la même époque que le gonflement thyroïdien, ou un certain temps après, il peut même manquer ; parfois il est plus prononcé d'un côté que de l'autre, rarement il reste unilatéral. Le regard présente une expression étrange, féroce, hagarde. Les yeux sont brillants et humides ; et lorsqu'ils sont très-saillants, les paupières se ferment incomplétement. Toutefois il est possible de faire rentrer les globes de l'œil dans leurs orbites par la moindre pression, mais sitôt que celle-ci cesse, ils sortent de nouveau. Dans cette situation, le clignement

est très-amoindri ou n'existe plus ; les mouvements d'élévation ou d'abaissement des paupières ne s'exécutent pas, non parce qu'il y a paralysie ou contraction musculaire, mais parésie. Quand ces malades sont couchés sur leur oreiller, ils ont la sensation d'un bruit de souffle continu dans leur tête. L'examen ophthalmoscopique a révélé un développement exagéré des veines rétiniennes. On observe souvent le larmoiement et la rougeur de la conjonctive. — La cornée peut devenir sèche, et même être atteinte d'ulcérations plus ou moins profondes (de Graëfe en cite 14 cas), et c'est surtout chez l'homme qu'on les rencontre.— La pupille est tantôt normale, tantôt très-rétrécie, très-rarement dilatée.

L'excphthalmie est due à la dilatation des vaisseaux, comme le goître; et elle peut guérir complétement. Dans les cas où elle persiste en partie après la disparition de l'affection cardiaque, elle tient aux hyperplasies du tissu cellulo-adipeux du fond de l'œil que les autopsies nous ont fait connaître.

Tel est l'ensemble des symptômes qu'on rencontre presque constamment dans la maladie de Basedow. Il en est un certain nombre d'autres, qui n'ont pas un rapport immédiat avec elle, et qu'on constate plus rarement.

Les troubles des fonctions digestives varient : ou c'est un appétit bizarre et amoindri, ou bien une faim difficile à satisfaire, ou une digestion rapide.— Certains malades sont vite amaigris. Quelques-uns sont affectés de diarrhées très-tenaces ; — d'autres ont des nausées, des vomissements aqueux.

On a noté des dilatations vasculaires de la peau, qu'on voit toutes les fois qu'il y a affaiblissement nerveux, c'est-à-dire des taches cérébrales, des érythèmes de la face, de la rougeur d'un côté et de la pâleur de l'autre, du vitiligo (Liouville), de l'élévation de la température (Teissier), la température normale (Charcot), des sueurs profuses et copieuses, de l'œdème des paupières et des conjonctives, des tremblements, de l'aménorrhée, de l'insomnie, des changements de caractère.

Tous ces phénomènes s'observent chez les gens nerveux ou atteints de maladies de cœur.

MARCHE. — TERMINAISONS. — PRONOSTIC.

En général elle débute lentement, et elle marche progressivement; ce sont les palpitations qui commencent, et les autres phénomènes suivent à des intervalles plus ou moins éloignés. Quelquefois son invasion est brusque, en un jour, en quelques heures elle apparaît avec la triade symptomatique (Trousseau, de Graëfe), à la suite d'émotions violentes.

Elle dure des mois et même des années. Il y a des périodes d'amélioration, et aussi des paroxysmes qui surviennent quelquefois sans cause connue.

Si la terminaison doit être heureuse, les malades ont des accès moins fréquents et moins intenses. Le plus souvent l'état général des malades s'améliore en même temps que l'affection cardiaque, le goître et l'exophthalmie, et ces deux derniers phénomènes ne disparaissent pas toujours complétement. Les récidives sont fréquentes.

La mort peut en être la terminaison; les malades succombent à l'épuisement et à la cachexie ou à quelque maladie intercurente : pneumonie, phtisie, etc., ou bien par les progrès d'une lésion valvulaire préexistante, ou des gangrènes multiples (Fournier).

Le pronostic n'est pas très-sérieux, elle ne menace pas immédiatement la vie, et cependant elle est très-difficile à guérir. Il n'est réellement grave que pour les malades atteints de lésion organique : celle-ci étant incurable, ils en suivront toutes les périodes. Ceux qui n'ont que des troubles fonctionnels du cœur, peuvent avec de la patience et une thérapeutique bien dirigée, revenir à l'état normal. Nous trouvons signalée l'influence de la grossesse (Charcot, Trousseau, Corlieu): il y a, en effet, quelques cas où elle paraît avoir modifié favorablement la maladie de Basedow; dans d'autres la guérison n'a été que momentanée (Charcot).

Trousseau considérait comme bons signes le rétablissement des menstrues et la cessation des troubles digestifs.

DIAGNOSTIC.

La triade symptomatique est la caractéristique de la maladie de Basedow.

Si le goître ou l'exophthalmie font défaut, l'erreur n'est pas possible. Chacun d'eux a des caractères particuliers ; le début et la marche de l'affection dissiperont tous les doutes.

La maladie peut être réduite à des palpitations. On ne peut se tromper ; elles sont permanentes et accompagnées d'un cortége de symptômes, qui les feront toujours reconnaître.

DE LA NATURE DE LA MALADIE.

Des opinions diverses ont été émises sur ce point. On peut les résumer à deux : il y a ceux qui ne veulent pas y voir une maladie nouvelle, et ceux qui admettent l'entité morbide.

Parmi les premiers, MM. Piorry, Bouillaud, Beau. M. Bouillaud la confond avec l'anémie ; elle n'en est qu'une forme. Nous avons eu l'occasion de dire qu'une pareille manière de voir n'est pas fondée.

Parmi les partisans de l'entité morbide, nous citerons Stokes. Selon lui c'est une forme spéciale de névrose cardiaque, qui consiste dans une altération fonctionnelle du cœur et des artères du cou, à laquelle se joignent comme épiphénomènes le gonflement de la glande thyroïde et l'exophthalmie.

Aran (1) y voit un état d'irritabilité du cœur et des artères, suivi des deux autres phénomènes. Il repousse l'anémie. Il admet la dilatation avec hypertrophie, mais il ne la considère pas comme le point de départ de la maladie. Prenant en considération les troubles nerveux qu'on y rencontre, il se rattache au trouble du sympathique.

---

(1) Mémoire à l'Académie, 1860.

M. Charcot avait déjà émis une semblable opinion dans son mémoire de 1856.

Trousseau en fit une névrose à congestions locales ayant sa cause dans une modification de l'appareil vaso-moteur, et à l'appui il cite les troubles qu'on trouve de ce côté.

Le sympathique n'est pas le siége de l'affection cardiaque. La paralysie de ce nerf ne produit pas les hyperplasies qu'on rencontre, ainsi que nous l'apprend la physiologie.

Son excitation ne peut pas se justifier non plus : les nécropsies n'ont jamais montré de lésions correspondantes aux phénomènes de la maladie, malgré les recherches les plus minutieuses, et lorsqu'on a trouvé quelque altération, c'est l'atrophie, c'est-à-dire la diminution de son action, le ralentissement du cœur : le malade aurait dû mourir guéri. L'observation condamne cette opinion.

M. Daviler (1), reprenant une idée déjà émise, la rapproche de l'hystérie et de l'épilepsie, et il la localise dans le bulbe, le cervelet, la protubérance ou le cerveau. C'est un champ trop vaste pour donner place à l'erreur. La médecine demande plus de précision.

De l'étude que nous avons faite de la maladie de Basedow, nous avons conclu qu'il y avait une affection cardiaque. Le pneumo-gastrique, le nerf frénateur du cœur, nous rend compte des palpitations. Les expériences faites sur le lapin ou sur tout autre animal, ont établi que sa section augmente le nombre des pulsations dans des proportions considérables. La paralysie produit les mêmes effets.

Les troubles de l'œil et de la glande sont toujours consécutifs à ceux du cœur. On a également cherché à les localiser, et c'est dans le sympathique qu'on a placé leur siége. Jusqu'ici les auteurs se sont accordés à y voir la paralysation de ce nerf; et à l'appui de leur théorie, ils invoquaient les congestions locales de la face et des oreilles, les bouffées de chaleur que subissent ces malades. De nombreux arguments doivent faire abandonner cette idée. La physiologie

(1) *Du goitre exophthalmique*. Thèse de Paris, 1873.

nous apprend qu'il ne se produit jamais d'hyperplasie dans les tissus lorsqu'on fait la section du sympathique. Il n'y a qu'une simple dilatation. Dans la maladie de Basedow, au contraire, nous trouvons des caractères différents : les artères dilatées battent plus fort que partout ailleurs, on y perçoit des pulsations. C'est là un des signes de l'excitation. D'ailleurs les tuméfactions et les hyperplasies qui y ont été rencontrées nécessitent un afflux constant et considérable de sang pour se produire. Comme ces congestions durent des mois et des années, il n'est pas étonnant que dans les cas de guérison, le goître ne rétrocède pas toujours complétement.

Il y a donc du côté de la glande thyroïdienne une véritable dilatation active, que la paralysie des vaso-moteurs ne peut pas expliquer. C'est ici le cas de devancer les recherches de l'anatomie. De même qu'en présence de certains troubles de nutrition, on a admis la nécessité des nerfs trophiques, de même nous invoquerons les nerfs vaso-dilatateurs. Ce ne sont pas d'ailleurs des nerfs tout à fait inconnus. Les expériences de MM. Cl. Bernard, Vulpian nous en ont fait découvrir quelques-uns. Leur existence est d'ailleurs une idée ancienne de Schiff.

Pour l'œil également, la paralysation du sympathique doit être rejetée pour les mêmes raisons. Si cette théorie était vraie, il y aurait du rétrécissement de la pupille, le retrait des globes oculaires au fond de leurs orbites et plus fréquemment des troubles de la vision. C'est le contraire qu'on observe : l'œil est saillant, la pupille normale ou rarement dilatée, et la fente palpébrale agrandie. Dans ce cas encore, la théorie des vaso-dilatateurs nous fournit la solution. Les congestions actives, qu'ils déterminent, produisent les augmentations du tissu graisseux de l'orbite ; et on comprend que, dans les cas de guérison, la régression de ces produits ne soit pas toujours complète, et par conséquent que l'exophthalmie persiste un peu.

En résumé, nous pensons que la maladie de Basedow est :

1° Une paralysation du nerf vague, suivie de palpitations;

2° Elle s'accompagne bientôt de dilatations des vaisseaux de la

partie supérieure, qui se maintiennent par l'excitation des nerfs vaso-dilatateurs de la région.

De là les congestions actives du côté de la glande thyroïdienne et de l'œil, et les hyperplasies.

TRAITEMENT.

Le médecin doit prendre en considération toutes les circonstances de la maladie, et en tirer les indications dans la conduite à tenir. L'étude attentive des observations de la maladie de Basedow nous a montré l'influence considérable d'un certain nombre de causes dans son développement. Le premier soin doit être de les éloigner. En conséquence, on recommande au malade d'éviter les fatigues, les plaisirs, les émotions de toutes sortes ; la tranquillité, l'habitation à la campagne réunit en général mieux toutes ces conditions. Quant au régime alimentaire il sera basé sur l'état général du sujet.

Le traitement curatif a varié selon les systèmes.

Ceux qui ont fait jouer un rôle considérable à la menstruation, ont recommandé le mariage. Ce n'est pas ce procédé que nous préconiserons.

L'iode a été très-employée autrefois soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, sur la glande, en pommade. En général on n'a pas obtenu d'amélioration, et souvent la maladie a été aggravée. Son emploi a été longtemps dû à une erreur sur la nature du goître.

Les préparations ferrugineuses et toniques ont eu leur temps, alors qu'on la considérait comme une anémie ou le résultat de cette altération du sang. Aujourd'hui elles sont abandonnées. Toutefois elles rendent encore des services, quand elle se complique des accidents anémiques.

Le sulfate de quinine, donné quelquefois, n'a pas eu de succès.

Le bromure de potassium a été essayé : débilitant de premier ordre, on apprit bien vite, par ses effets terribles, que l'on n'avait pas à traiter une névrose.

L'électrisation du sympathique a aussi été employée. M. Bene-

dickt l'a expérimentée dans deux cas, M. Onimus en a également usé. Ils en ont tiré peu de succès. C'est d'ailleurs un moyen qui peut devenir très-dangereux ; il doit être abandonné.

L'hydrothérapie a été recommandée par MM. Trousseau et Charcot. Elle produit d'ailleurs d'excellents résultats. Toutefois il faut distinguer parmi les malades, qu'on soumet à la douche, ceux qui ont des lésions organiques du cœur et ceux qui ont seulement des troubles fonctionnels de cet organe. Il faut bien se garder d'y envoyer les premiers, un pareil traitement les expose à toutes espèces d'accidents pulmonaires et même la mort subite. Les seconds, au contraire, s'en trouvent très-bien, mais à condition que l'on n'interviendra pas trop tardivement, et qu'on aura de la constance dans son application. Les douches généralisées ou locales sont administrées selon les indications, le traitement est d'une durée variable ; M. Benibarde cite des cas où il a fallu deux et trois ans pour arriver à guérison. Mais la durée moyenne est ordinairement de 4 à 8 mois.

La digitale, le médicament cardiaque par excellence, est donnée depuis que la maladie est connue ; la lecture des observations ou elle a été employée donne des résultats contradictoires ; très-souvent on a obtenu l'amélioration, mais jamais on n'a constaté de succès complet.

Il y a deux médicaments plus puissants, que M. G. Sée a le premier appliqués à la maladie de Basedow ; ce sont la vératrine et le veratrum viride. Ces deux substances ont une action plus énergique sur le pouls que la digitale, et elles n'en ont pas les inconvénients.

Dans une thèse (1) publiée en 1872, nous trouvons deux observations de malades traités par la vératrine à la dose de deux milligrammes : l'amélioration fut rapide. L'observation IV confirme les bons effets de la vératrine ; dans ce cas on l'a donnée à la dose de 10 granules de un milligramme chacun.

Le veratrum viride se distingue également par l'excessif ralentissement du pouls qu'il produit. Nulle part nous n'avons trouvé d'exemple de son application à la maladie de Basedow.

---

(1) *Du goître exophthalmique* (thèse de Paris, 1872), par M. Caudesaigues.

C'est dans le service de M. G. Sée qu'il a été employé la première fois à la dose de 10 et 12 gouttes de teinture alcoolique. La malade, dont nous rapportons plus loin le cas, avait été soumise quelques jours à la vératrine; mais l'amélioration a été plus rapide avec ce nouveau remède. Les trois grands phénomènes de la triade symptomatique ont retrocédé considérablement. L'observation ultérieure nous apprendra si la cure sera définitive.

En résumé, dans la maladie de Basedow, nous conseillerions :

1° L'hydrothérapie, s'il n'y a pas de lésions valvulaires.

2° La digitale, la veratrine et le veratrum viride, et de préférence ces derniers, lorsque les douches ne seront pas possibles.

Dans quelques cas rares, on voit des accès de suffocation qui menacent la vie : l'intervention immédiate est nécessaire.

Trousseau rapporte que dans un cas de ce genre, il a ouvert la veine du bras, appliqué de la glace sur le corps thyroïde, et administré de la digitale d'heure en heure ; il a pu ainsi diminuer l'accès, et conjurer définitivement l'asphyxie.

C'est à des moyens semblables qu'il faut d'abord avoir recours. A la dernière extrémité cependant, il faudra se résoudre à la trachéotomie. Cette opération est fort dangereuse en raison de la vascularité de la région, et c'est pour en atténuer les inconvénients qu'on a conseillé l'écraseur linéaire de M. Chassaignac.

OBSERVATIONS

Observation I

Félicie D..., vingt-cinq ans, entre le 20 janvier 1873 à l'hopital Beaujon, salle Sainte-Paule.

Père mort à soixante ans d'un anthrax; mère d'une affection de matrice. Son unique frère, qui a vingt-trois ans, a toujours été bien portant.

Antécédents : rougeole et scarlatine entre dix ans et dix-sept. Ni convulsions, ni attaque de nerfs.

Menstruation établie à douze ans, toujours régulière jusqu'à il y a huit mois : écoulement durait trois jours sans douleur ni malaise. Pertes blanches depuis plusieurs années, abondantes depuis qu'elle est malade.

Vers l'âge de seize ans, on avait remarqué un léger développement du cou. A dix-huit un médecin qui s'en aperçut, lui fit prendre, quelque temps, du bromure de potassium.

Au mois de mars 1871, elle s'aperçoit que son cou grossit, que ses yeux deviennent saillants. Elle a tremblement des mains. Appétit considérable, soif continue, diarrhée fréquente.

En mai 1871, à Vichy, ayant des maux de reins elle prend des bains. Pas d'amélioration.

Un médecin lui ordonne, à cause de sa faiblesse, des pilules Blanchard et des douches, et elle reprend des forces.

En mai 1872, elle est redevenue très-faible, et son cou est si gros qu'il y a gêne de la déglutition.

Elle reprend des douches. En septembre 1872, la diarrhée était continuelle, elle prend des viandes saignantes et rôties, et il y a amélioration ; les battements de cœur diminuent et le cou est moins volumineux.

L'amélioration ne persiste pas, la diarrhée revient et l'amaigrissement devient considérable. Il y a des tremblements, des transpirations pendant le sommeil diurne ou nocturne; pas de toux ni crachats, jamais d'hémoptysie. Palpitations continues que la moindre cause augmente. Battements de cœur perçus par la malade dans tout le côté gauche du thorax.

Appétit énorme, soif vive. Digestions un peu lentes, mais non douloureuses. Urines abondantes.

Depuis plus de huit mois, les jambes autour de la cheville sont enflées, surtout le soir et après la marche; le gonflement persiste quelquefois au lever.

Maigreur de la face et de tout le corps. Muqueuses pas décolorées.

Le cou est resté ce qu'il était : sa circonférence a 0,33, on n'y remarque rien d'anor-

mal à la peau : ni taches, ni développement veineux. Le gonflement occupe la région de la glande thyroïde, elle est plus prononcée à droite, on y remarque dès chaque systole ventriculaire des soulèvements dont la malade a elle-même la sensation.

Le thorax n'offre rien de particulier à la vue, à la percussion et à l'auscultation si ce n'est dans la région cardiaque. Chaque battement de cœur la soulève. La matité commence sur le bord inférieur de la troisième côte, et finit au-dessous de la sixième ; la pointe bat sur le bord inférieur de cette dernière, et au-dessous du sein. Sur le bord gauche du sternum, dans le troisième espace intercostal on entend le maximum d'un souffle systolique qui semble anémique (1).

Au cou, l'auscultation donne un grondement continu ou bruit de diable avec renforcement au moment de la systole ventriculaire.

Le pouls radial est régulier, assez plein ; il donne cent quarante pulsations à la minute.

La température est de 37°6. Le nombre des respirations 40.

Le phénomène le plus frappant chez elle, est la grande proéminence des globes oculaires. Les yeux ne sont jamais fermés, même pendant le sommeil, le regard est fixe, les mouvements des paupières n'existent plus. Les pupiles sont égales et non dilatées. Les conjonctives ne sont pas injectées.

La malade a la sensation de trop grande chaleur, elle ne supporte pas les couvertures sur le tout du corps.

Elle a toujours la diarrhée.

Peu de sommeil.

21 janvier.	T. = 36°8 matin.		
22 —	T. = 37°	id.	Pouls = 148.
22 —	T. = 37°	soir.	Pouls = 128.

Traitement dirigé entre diarrhée et sommeil :

Viande crue ; bromure de potassium : 2 grammes.

23 janvier.	T. = 36°6	Pouls = 144.	
24 —	T. = 37°	Pouls = 144.	
25 —	T. = 37°2	Pouls = 132.	
25 —	T. = 38°2 soir.	Pouls = 136.	
26 —	T. = 38°	Pouls = 132.	
27 —	T. = 38°	Pouls = 128.	
28 —	T. = 38°	Pouls = 140.	

Les yeux sont moins saillants. Le cou ne mesure que 0m,325.

29 janvier. Se plaint d'une angine tonsillaire assez violente.

29 —	T. = 39°	Pouls = 152.	
30 —	T. = 38°2	Pouls = 140.	
31 —	T. = 38°2	Pouls = 124.	
1er février.	T. = 37°6	Pouls = 112.	Cou, mesure 0m,32.
2 —	T. = 37°6	Pouls = 100.	
3 —	T. = 37°	Pouls = 116.	
4 —	T. = 39°8	Pouls = 156.	

4 — T. = 40° soir. Pouls = 140.
5 — T. = 39°8 Pouls = 136. Yeux et cou moins saillants.
5 — T. = 40° soir. Pouls = 124.
6 — T. = 39° Pouls = 128.
7 — T. = 38°8 Pouls = 112.
8 — T. = 37°8 Pouls = 120.

L'angine est guérie. Il y a toujours eu de la diarrhée; elle cesse.

9 février. T. = 37° Pouls = 120.
10 — T. = 37°2 Pouls = 116.
11 — T. = 37°2 Pouls = 120.
11 — T. = 38° soir. Pouls = 124.
12 — T. = 38° soir. Pouls = 120.

On pèse le malade : 86 livres.

14 février. T. = 37°4 Pouls = 128.
15 — T. = 37°6 Pouls = 136.
16 — T. = 37°4 Pouls = 128.
16 — Soir; on lui fait monter deux étages. Pouls = 148.

Battements du cœur sont très-violents. Le cou n'est pas plus saillant. On perçoit le bourdonnement dans les vaisseaux du cou. Il y a du tremblement des mains et de la tête.

17 février. T. = 37°8 Pouls = 140. Permission de sortir quatre heures.
18 — T. = 37°4 Pouls = 140.
19 — T. = 37°4 Pouls = 140.
20 — T. = 37°6 Pouls = 136.
21 — T. = 37°4 Pouls = 136. Cou paraît un peu augmenté et mesure 0m,33.

Yeux nous paraissent moins saillants.

A partir du 8 mars, on lui fait prendre des douches.

Le 12 mars, pesée de nouveau, on trouve 94 livres.

Le 19 mars, auscultée de nouveau, on trouve matité du cœur entre troisième et sixième côte, et ne dépassant pas le bord gauche du sternum, la pointe bat dans le sixième espace intercostal. Bruit du souffle à la base et au premier temps. Pouls = 122.

6 avril. Poids. = 100 livres.
29 — Poids. = 106 —

Elle sort sur sa demande le 14 août 1873.

En septembre et en octobre 1873, nous la revoyons, elle vient prendre des douches à Beaujon, son état nous paraît un peu amélioré.

M. le docteur Landouzy, alors interne à Beaujon, a suivi la malade depuis le jour de son entrée jusqu'à celui de la sortie. Il nous a dit qu'elle avait suivi le régime de la viande crue pendant tout son séjour, elle a même eu le ténia. Les différences dans la température correspondent à des indispositions intercurrentes. Le traitement de l'affection n'a pas été réellement fait, si ce n'est dans les derniers temps de son séjour, ce qui l'a un peu améliorée.

Observation II

B...., âgé de dix-huit ans, cultivateur, entre à Saint-Louis, service de M. Duplay, salle Saint-Augustin, le 5 janvier 1876. Il a été observé par M. Marrot, son interne.

Jamais malade avant l'âge de seize ans; à cette époque il servait les maçons depuis quatre ans. Il s'est aperçu que ses cols de chemise étaient trop étroits, son cou était gros et il s'est encore développé depuis. Il est entré surtout parce qu'il ne pouvait plus porter des charges sur la tête.

5 janvier. — Il porte à la région du cou, à la partie inférieure du cartilage thyroïde une tumeur indolente trilobée s'étendant sur les faces latérales, mais plus prononcée à droite; sa limite supérieure est à un travers de doigt au-dessous du maxillaire inférieur, tandis qu'en bas elle s'arrête à la limite supérieure du thorax, son volume augmente pendant les exercices prolongés ; sur le trajet des carotides, dont les soulèvements sont visibles, on perçoit des battements, de même sur les temporales superficielles. Il y a de la gêne de la respiration. Après les exercices prolongés, même à l'état de repos, dans les profondes inspirations, il y a du sifflement laryngien; la déglutition se fait bien.

Le malade ne se plaint pas de palpitations. Il n'a jamais eu d'éblouissement ni étourdissements. Le pouls est dépressible et bondissant. Le cœur ne paraît pas hypertrophié, bien que la pointe batte assez fort et sans frémissement. Le deuxième bruit aortique est très-éclatant. Pupiles dilatées, se contractant incomplétement, les yeux ne sont pas proéminents.

8 janvier. — Le pouls est toujours bondissant, mais toujours dépressible. On lui ordonne 0gr,75 iodure de potassium et des badigeonnages de teinture d'iode.

10 janvier. — Les mouvements du cœur sont très-brusques, sans que le malade accuse des palpitations. On lui donne vingt gouttes teinture de digitale.

11 janvier. — La pression s'est un peu relevée dans les artères. M. Duplay signale un peu d'exophthalmie.

15 janvier. — Le pouls est ralenti, on supprime la digitale. M. Duplay ayant senti des battements dans la tumeur du cou, l'idée du goître parenchymateux est complétement abandonnée.

L'examen du fond de l'œil ne présente que les alternatives d'expansion et de relachement des vaisseaux.

Les yeux sont notablement proéminents.

22 janvier. — Le malade sort sur demande. M. Duplay est fixé sur le diagnostic du goître exophthalmique,

Observation III :

Irma P..., femme S..., marchande de fleurs, entre à Beaujon, le 22 janvier 1873, service de M. Moutard-Martin, salle Sainte-Claire, trente-six ans.

Jamais malade dans sa jeunesse, si ce n'est quelques douleurs d'estomac. Caractère vif et emporté. Jamais d'attaques de nerfs.

Menstruation établie à dix-sept ans; peu d'écoulement. Flueurs blanches avant le mariage. Mariée à trente ans.

Elle n'a jamais eu d'émotions vives. Son métier de jardinière exige qu'elle passe des nuits sans dormir, de là des fatigues.

Elle raconte que, depuis un an environ, elle est réveillée en sursaut par des cauchemars, par une sensation de constriction à la gorge et d'étouffement; dès ce moment, son cou lui a paru devenir gros. Cette scène se renouvelait trois fois par nuit; ce n'est que le matin que son sommeil devenait tranquille. Néanmoins la santé était restée bonne et les forces intactes; l'appétit était excellent.

Depuis un mois, elle a les yeux gros, elle se plaint de palpitations continues. Son cou est déjà très-gros, et un médecin le lui fait badigeonner avec de la teinture d'iode, ce qui ne produit rien.

Venue, il y a quinze jours, à la consultation de Beaujon, on lui ordonne l'eau ferrée et une goutte de teinture d'iode dans de l'eau. Les palpitations et le cou ne se modifient pas.

Son état paraissant empirer, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel : Femme grande, forte, de constitution vigoureuse et tempérament sanguin.

Yeux saillants, leur occlusion n'est pas complète, surtout pendant le sommeil. Pupilles égales, non dilatées, sensibles. Conjonctives bulbaires un peu injectées. La lumière vive la fait facilement pleurer.

Face colorée, bouffées de chaleur. T. axillaire = 37°.

La pointe du cœur bat fortement dans le cinquième espace intercostal sur la ligne verticale abaissée du mamelon. Battements du cœur assez violents, dont la malade a conscience lorsqu'elle marche vite, est fatiguée et inquiète. Dans les moments d'émotion, les palpitations sont très-violentes, la malade étouffe, tremble de tous ses membres, la parole lui manque. La matité n'indique pas d'hypertrophie sensible. Entre la base et la pointe, souffle systolique très-léger. (La malade n'a aucune apparence de chlorose.) Pouls radial = 104.

A la région antérieure du cou, au niveau de la glande thyroïdienne, il y a une tumeur ferme, indolente qui s'étend sur les deux côtés, mais plus prononcée à droite. On y voit des soulèvements à chaque systole cardiaque, et la main les perçoit bien mieux. L'auscultation y fait entendre un bourdonnement continu. Rien à la peau.

Rien aux poumons.

Lorsqu'elle est couchée sur l'oreiller, elle accuse un soufflement comparable à celui d'une locomotive. Cette sensation disparaît lorsqu'elle est debout ou couchée sur le dos.

Depuis quelque temps maux d'estomac et vomissements pituiteux au réveil. Grand appétit et digestions faciles. Soif très-vive. Météorisme fréquent après les repas. Jamais les jambes enflées. De temps en temps douleurs légères dans les jointures.

22 janvier. — Circonférence du cou : 33,5. Légère gêne de la déglutition.

23 janvier. — Bromure de potassium. Digitaline. Douches.

7 février. — Sur sa demande, elle sort. Même état. Un peu de diarrhée.

Observation IV.

Elisabeth Th..., trentre-quatre ans, domestique, née à Saint-Gorat, sur les bords du Rhin, près Coblentz, est entrée à l'hôpital de la Charité, le 29 mai 1876, service de M. G. Sée.

Mère morte à vingt-cinq ans, en la mettant au monde. Père, d'habitudes peu réglées, a succombé à inflammation d'intestin, à l'âge de trente-sept ans.

Enfant, elle n'a eu ni gourme, ni écoulement d'oreilles, ni grosseurs au cou; elle n'accuse que des maux d'yeux. Elle a eu une existence de misère pendant toute sa jeunesse.

Réglée à dix-sept ans, et au bout de cinq à six mois de menstrues assez régulières, ses règles ont cessé durant onze mois, à la suite d'un refroidissement. Depuis elles ont été irrégulières, tantôt elles étaient peu abondantes, tantôt elles revenaient deux fois par mois. Flueurs blanches. Dès l'âge de dix ans, elle s'était aperçue que, jouant avec ses camarades, elle était vite fatiguée et essoufflée, et elle portait sa main dans la région du cœur, parce que ce point lui faisait mal.

Mariée à vingt-cinq ans, elle a eu six enfants, le dernier en 1872. Chose extraordinaire! elle prétend avoir été enceinte une fois sans avoir eu son retour de couches. Accouchements assez longs et pénibles, de l'un d'entre eux il lui est resté une chute de matrice pour laquelle elle porte un pessaire.

En 1866, elle a contracté une bronchite qui l'a tenue inactive depuis novembre jusqu'à mars 1867.

En 1871, ayant des vomissements continus de matières vertes, jaunes, elle entre à la Pitié, service de M. Lasègue, elle était enceinte de son dernier enfant; ces vomissements cédèrent par l'administration de boissons et aliments froids. Pendant son séjour à l'hôpital, elle eut un chagrin considérable, on lui apprit que son premier enfant de six ans, qu'elle affectionnait beaucoup, était aveugle. C'est à partir de ce moment qu'elle ressentit des palpitations continuelles, et elle quitta l'hôpital sur sa demande.

Dès l'année 1868, elle s'est aperçue que le cou était un peu gros, c'était au moment de son cinquième enfant; mais c'est surtout après cette émotion qu'il s'est développé, ainsi que les yeux. Elle ajoute que lorsqu'elle portait une charge sur les épaules ou sur la tête, elle avait de la peine à respirer, elle râlait, elle était étranglée; elle avait de la peine à monter un escalier.

Quelques douleurs rhumatismales dans les articulations, sans durée; elle les attribua à son logement au rez-de-chaussée, qui est très-humide.

Les fonctions digestives ne se sont jamais bien acccomplies, elle a toujours eu un mauvais estomac.

Au moment de son entrée dans le service, nous constatons la saillie considérable des globes oculaires; les releveurs et les abaisseurs de la paupière ne fonctionnent pas bien, la fente palpébrale est élargie. Quand elle dort, elle ne ferme pas complétement les yeux. Lorsqu'elle est couchée sur l'oreiller, dans le décubitus dorsal, elle a dans la tête la sensation de battement et bourdonnement continu. La moindre pression les fait rentrer dans l'orbite, mais ils sortent de nouveau, aussitôt qu'on les abandonne à eux-mêmes.

Dans la région du cou se voit une tumeur très-développée, occupant la place de la grande thyroïde, elle est plus bombée à droite. La couleur de la peau n'est pas sensiblement modifiée, pas de veines saillantes. A la palpation on sent les soulèvements, à l'auscultation on trouve des bruits analogues à ceux du cœur, avec un souffle continu.

Le cœur a des battements nombreux et énergiques; la palpitation nous fait percevoir le frémissement, les bruits y sont éclatants, et au premier temps et à la base il y a un souffle d'une rudesse marquée. Le pouls radial et petit et fréquent, 160 pulsations. Il y

a contraste frappant entre ce dernier et celui des vaisseaux du cou. A la percussion, la matité du cœur paraît augmentée.

La malade se plaint d'insomnie; elle a souvent des rêves et des cauchemars. Elle est d'un caractère irritable, la moindre contrariété lui donne des palpitations considérables. L'influence des jours orageux est très-marquée.

Elle éprouve de la chaleur et des sueurs à la tête et à la partie supérieure du thorax, et elle ne peut supporter le poids de ses couvertures.

Traitement : 10 granules de veratrine. jusqu'au 24 juin.

A ce moment, la malade avait été un peu améliorée; la saillie des yeux avait un peu diminué, le cou également et les battements un peu moins énergiques. Le pouls à 130. Elle fut mise à la teinture de veratrum viride, à la dose de 10 gouttes.

29 juin. — L'amélioration continue : les battements du cœur sont moins forts. Le pouls est à 124.

Le veratrum viride est suspendu, parce que la malade se plaint de sécheresse des voies digestives.

3 juillet. — Le veratrum viride est repris, et on lui donne 12 gouttes.

5 juillet. — Amélioration constatée : le cou est très-diminué; il faut que la malade tende son cou pour que la tumeur ressorte; elle est surtout localisée à droite, le côté gauche ne présente presque plus rien d'anormal. Le pouls est à 120. Le bruit de souffle cardiaque persiste.

7 juillet. — La malade ferme les yeux saus efforts. On ne sent plus, dans la région du cou, des battements aussi marqués; d'ailleurs, la tumeur disparaît de plus en plus. Elle dort assez bien. L'appétit est revenu. Le pouls est à 108.

QUESTIONS

Sur les diverses branches des Sciences médicales

ANATOMIE ET HISTOLOGIE. — Aponévroses de l'abdomen.

PHYSIOLOGIE. — De la digestion intestinale ; du suc pancréatique.

PHYSIQUE. — Courants thermo-électriques ; thermo-multiplicateurs.

CHIMIE. — De l'ammoniaque ; ses propriétés, sa préparation, action des acides sur l'ammoniaque.

HISTOIRE NATURELLE. — Des racines, leur structure, leurs tendances, leurs différentes modifications, des bulbes, des bulbilles, des tubercules. Caractères qui distinguent les racines des rhizomes.

PATHOLOGIE INTERNE. — Des concrétions sanguines dans le système artériel.

PATHOLOGIE EXTERNE. — Enumérer les tumeurs de l'orbite, en indiquer les signes différentiels.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE. — De la fièvre.

ANATOMIE ET HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Des lésions de la dysenterie.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Des appareils employés pour le redressement du membre dans le cas de pied-bot.

PHARMACOLOGIE. — Des altérations que les médicaments officinaux peuvent éprouver par l'action de l'air, de l'humidité, du froid et de la chaleur. Quels sont les différents moyens employés pour leur conservation ?

THÉRAPEUTIQUE. — Des indications de la médication astringente.

HYGIÈNE. — Des boissons aromatiques.

MÉDECINE LÉGALE. — Empoisonnement par l'alcool ; comment est isolé l'alcool dans le sang.

ACCOUCHEMENTS. — De l'influence de la grossesse sur la marche des maladies qui la compliquent.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président,
G. SÉE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.

1782.76. — Boulogne (Seine). — Imprimerie JULES BOYER.